Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 853 de 2016

ASOCIACIÓN DEPARTAMENTAL DE USUARIOS DE ASSE DEL DEPARTAMENTO DE COLONIA

NUTRICIONISTAS DE AUDYN Y EL SINDICATO "25 DE AGOSTO"

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 6 de diciembre de 2016

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Nibia Reisch.
MIEMBROS:	Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.
DELEGADA DE SECTOR:	Señora Representante Stella Viel.
INVITADOS:	Por la Asociación de Usuarios de ASSE concurren los señores Lucía Cetti, José Brzozowski, Graciela Cabrera y Amelia Conti. Nutricionistas señores María Rosa Curuchet, Victoria Miqueiro, Pablo Iglesias, Daniel Ceriotti, Guillermo Zevallos, Myriam De León, y Gabriella Pravia.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación de la Asociación Departamental de Usuarios de ASSE de Colonia, integrada por las señoras Lucía Cetti, Graciela Cabrera y Amelia Conti, y por el señor José Ramón Brzozowski.

Me siento honrada de recibir a estos coterráneos. Es un grupo que está trabajando hace mucho tiempo en defensa de un mejor funcionamiento del hospital de Colonia -todos lo sabemos porque hemos recibido a esta delegación en otras oportunidades- y luchando para que se instale el CTI, tal como fue prometido en las anteriores administraciones, pero en forma abrupta el proyecto regional del hospital de Colonia fue sacado de

los planes. Además, los miembros de la delegación han manifestado públicamente a través de conferencias de prensa y entrevistas con la prensa del departamento una serie de irregularidades edilicias en el nuevo edificio que se está construyendo. El nuevo hospital de Colonia todavía no fue inaugurado y ya se han detectado defectos considerables en la construcción.

SEÑOR BRZOZOWSKI (José).- Me siento muy orgulloso de los compañeros que tengo. Estoy sumamente conforme de la atención que recibo en el hospital de Colonia, tanto de la dirección como del personal y los médicos.

Desde el año 2006 estamos recibiendo una mentira tras otra. Particularmente estoy muy molesto con los pasos que se han dado para la construcción del hospital de Colonia. El primer lugar elegido para la construcción fue donde se encontraba Meteorología, en la rambla, pero ese terreno se vendió y pasó a Rentas Generales, y el terreno en el que se está construyendo está en pleito judicial con la familia Porras. Estamos cansados de las mentiras de las autoridades; lo digo en forma particular porque no quiero involucrar a mis compañeros.

Por ejemplo, el día de la inauguración del hospital de Juan Lacaze, que fue el 18 de abril, el día que los pobres doloreños sufrieron el tornado, nos acercamos a la presidenta de ASSE, la señora Susana Muñiz, y le manifestamos que éramos usuarios del hospital de Colonia y que estábamos luchando por el CTI. Esta señora me contestó que iban a hacer algo más importante, que iban a construir un centro de radioterapia. Yo, conociendo el terreno, le dije que donde se está construyendo el hospital no había lugar para eso. Ella me contestó que lo iban a hacer al costado. Sin embargo, al costado están construyendo viviendas y no creo que ASSE haya comprado el terreno que está del otro lado de la calle.

Por otra parte, voy a hablar públicamente de la mala acción del director departamental, señor Jorge Mota, quien el 1º de agosto, cuando se celebró el Consejo de Ministros en Carmelo, no dejó que las compañeras Amelia Conti y Graciela Cabrera fueran recibidas por el ministro Jorge Basso, aduciendo que nosotros no éramos un grupo representativo. Nosotros tenemos la personería jurídica en trámite y queríamos entregar al señor ministro una nota con 7.500 firmas que recogimos en todo el departamento de Colonia, por la que se piden ciento veinte camas para el nuevo hospital -solo están previstas cincuenta y una-, un CTI de adultos, un CTI neonatal y un tomógrafo.

Jorge Mota es el director departamental de Salud, pero al hospital de ASSE no lo puede ni ver, porque estaba muy contento cuando se dijo que el hospital no se iba a poder hacer porque no había plata. Él no largaba la risa de casualidad ante ese hecho. Esto me lleva a reflexionar que si la gente que aconseja a los ministros lo hacen como el señor Jorge Mota, el Estado uruguayo se va a la B, hablando en términos futbolísticos. Es indudable de que el señor Jorge Mota tiene puesta la camiseta de la salud privada -pido disculpas si alguno de los integrantes de la Comisión pertenece a la salud privada-, y lo voy a seguir creyendo hasta que se me demuestre lo contrario. No lo puedo demostrar, pero me da toda la sensación de que el señor Jorge Mota tiene acciones en la salud privada.

Además, me gustaría saber dónde están los arquitectos de ASSE, porque el hospital tiene muchos defectos de construcción. Los arquitectos de ASSE estuvieron en julio y no dieron ningún informe de cómo iba la construcción. Estoy hablando con el corazón en la mano y digo que este Uruguay tiene muchos caciques y pocos indios, y si esto no cambia, los indios vamos a pasar muy mal.

SEÑORA CONTI (Amelia).- Voy a hacer un poco de historia, aunque los integrantes de la Comisión la deberían conocer porque en nuestra anterior comparecencia, en octubre de 2015, dejamos una carpeta en la que figuran todas las idas y venidas que hemos tenido con el hospital.

En el año 2006, el presidente Tabaré Vázquez prometió la construcción de un nuevo hospital en Colonia, porque el que tenemos tiene ciento siete años y todos los arreglos que se hicieron se están cayendo. Ya se cayó medio techo de radiología y en la última inundación se estuvo por caer medio techo de la maternidad, etcétera. Luego de muchas idas y venidas de ASSE y de la Intendencia de Colonia, en el año 2009, la entonces ministra de Salud Pública, la doctora Muñoz, colocó la piedra fundamental y nos mostró una maqueta y varias gigantografías que hoy sabemos que son una mentira y están tapando rajaduras, humedades

y varios desperfectos del viejo hospital. Muchos usuarios van al hospital y siguen pensando en lo lindo que va a ser el nuevo hospital, y nosotros nos cansamos de decir que ese no va a ser el nuevo hospital.

El proyecto original que se aprobó y se empezó a construir era de un hospital regional con ciento veinte camas, CTI de adultos, CTI neonatal, tomógrafo y todos los servicios del viejo hospital, que no son pocos. Sin embargo, hoy se nos habla de un hospital departamental con cincuenta camas, sin ningún CTI, sin radioterapia ni tomógrafo. O sea, lo mismo que tenemos ahora pero con las paredes nuevas, aunque no sabemos si serán buenas.

Junto con los reclamos que comenzamos a hacer en octubre de 2015 entregamos documentación detallada a ASSE, a la Secretaría de Presidencia, a esta Comisión y a la de la Cámara de Senadores, y a la Junta Departamental de Colonia, que fue el único organismo que nos contestó algo, ya que por unanimidad sus integrantes estuvieron de acuerdo con nuestros reclamos y sabemos que se mandaron notas a ASSE, aunque desconocemos el resultado. Nadie nos contestó una sola palabra, ni siquiera que no se daba lugar al reclamo, y esta Comisión tampoco lo hizo.

El doctor Mota, que es el director departamental de Salud, inmediatamente después de que se empezó a construir el nuevo hospital dijo que no era necesario tener un CTI de adultos, porque había veintidós camas y eran suficientes. Lo que nunca dijo -¡nunca!, aunque todas las semanas insiste con lo mismo- es dónde están esas camas y cuánto cuestan. ¿Dónde están? En Camoc, una mutualista de Carmelo; en Camec de Rosario, y ahora en Camec de Colonia -que antes era Orameco-, y cada una cuesta entre US$ 1.850 y US$ 3.500 por día; ¡multipliquen!

Aparecieron voces por ahí diciendo que no había recursos financieros para el hospital regional. Nunca nos dieron una explicación de por qué no se hacía, aunque la construcción de base es la del regional, solo que el tercer piso está vacío y cuando digo “vacío” no es porque no tenga muebles, sino que no tiene red eléctrica, red de agua ni red de gas; no tiene absolutamente nada. De afuera va a quedar precioso porque lo pintaron todito, pero adentro no hay nada.

Nos dicen que no hay plata, pero sabemos que el Ministerio de Economía y Finanzas propuso la instalación de una zona temática de salud en Punta del Este, un centro médico que incluiría hospitales, clínicas especializadas, lujosos hoteles de rehabilitación en una zona libre de impuestos, una zona franca. Ese proyecto prometía la inversión de US$ 200.000.000 y la generación de siete mil puestos de trabajo, con la idea de atraer pacientes de toda la región, incluidos los uruguayos, con servicios que solo se ofrecen en Estados Unidos y Europa. Por ahora -decimos “por ahora” porque ya no creemos más en nadie- ese proyecto fue rechazado, pero el proyecto que no fue rechazado, que está en curso, en camino y que aparentemente se va a hacer, es el campus de salud de la Española, también en Punta del Este. En febrero de este año, el señor Julio Martínez, gerente de la Española, confirmó que trabajan con un consorcio de capitales uruguayos y extranjeros para desarrollar un campus de salud con perfil turístico, en Punta del Este, y nadie parece preocupado por la migración de trabajadores hacia ese proyecto de zona temática de salud en zona franca que fue negado por el ministro de Salud Pública. Nosotros estamos preocupados por la migración de profesionales de todo tipo -no solamente médicos- y, además, porque sabemos de los gastos enormes que se ocasionan en el sector privado a costa de los fondos de inversión de ASSE sin haber hecho -porque todavía no está hecho; recién a mediados de este año el doctor Basso habló de hacerlo- un mapa sanitario. Nosotros nos quedamos fríos al escuchar esto porque nos planteamos: ¿El mapa sanitario no era el insumo absolutamente imprescindible para hacer la reforma de la salud? ¿Recién ahora van a hacer el mapa sanitario? ¿Recién ahora van a ver dónde están parados? Es una tomadura de pelo.

Aparte de esto, hay más sobre otros rubros. Hace siete años que vamos a los consejos consultivos en el hospital de Colonia y nos enteramos de muchas cosas. Hay gastos importantes por el solo hecho de no proveer del personal necesario a cada uno de los servicios. Por ejemplo, durante un año y medio, desde 2015 hasta la mitad de este año, el laboratorio clínico del hospital funcionó al 31% de su capacidad: de lunes a viernes, de la hora 6 a la hora 18 y el resto del horario -desde la hora 18 a la hora 6, de lunes a viernes y todos los fines de semana- estaba libre. ¿Qué significó eso? Pagar $ 2.000.000 o $ 3.000.000 a la mutualista de enfrente -así le decimos porque está cruzando la calle- por realizar los diferentes estudios. Los aranceles del sector privado son tres veces los de salud pública: si el hospital manda a hacer un hemograma a Camec, que está enfrente, le cobran $ 90; si es al revés, si Camec nos lo pide a nosotros, le cobramos $ 30. ¿Cómo puede ser?

En un momento, cuando se dio el desastre de Dolores, nos enteramos de que, con permiso de la subdirectora, un técnico de Microlab -que provee de equipamiento a los de enfrente y a nosotros- había entrado al laboratorio a sacar el software de un equipo de hemocultivo automático que tenemos desde hace años. Lo iba a llevar porque el de enfrente -que lo tenían desde hacía unos meses- estaba roto. Pusimos el grito en el cielo. Le dijimos a uno de los integrantes del Directorio de ASSE que íbamos a sacar en letras de molde lo que había pasado porque eso era robar; nos dijeron que no porque no se había sacado el aparato, pero el aparato sin el software ¿para qué sirve? Soy vieja, no soy de la época de las computadoras, pero tampoco tan estúpida. Entonces, el software volvió a los pocos días. En ese momento, nos enteramos de cómo estaba trabajando el laboratorio. Nos preguntamos -no somos matemáticos ni profesionales universitarios, pero sabemos hacer cuentas: sumar, restar, multiplicar y dividir-: ¿$ 2.000.000 o $ 3.000.000 es el dinero que ganan por mes tres técnicos que serían los suficientes para que el laboratorio mejor equipado del departamento -me refiero del sector público y del privado- funcione las veinticuatro horas para no tener que comprar nada? A nosotros las cuentas no nos dan.

En Radiología pasa algo parecido. Tenemos un equipo de rayos equis y después de mucho andar, de mucho pedir, de muchas vueltas, vino un aparato muy bueno, que saca muy buenas placas -antes veníamos a Montevideo con las placas, los médicos nos preguntaban dónde las habíamos hecho y cuando respondíamos que en Colonia, las tiraban al tacho porque era imposible ver algo-, pero otra vez no tenemos gente que lo trabaje. Hay dos técnicos, muy buenos ellos, pero solo uno hace el retén por quince días; el resto del mes estamos sin retén. Entonces ¿dónde sacamos las placas en esos días? Enfrente, que tienen un aparato malo que irradia a media manzana, pero a nadie le importa. Entonces, ¿todo lo que se gasta en eso vale el sueldo de otro técnico más? Pensamos que alcanza como para pagar a seis más.

¿Saben cuánto gana por hora el retén en radiología, el de laboratorio y las instrumentistas, que están pagados por la famosa comisión de apoyo creada entre 1990 y 1995, durante el gobierno de Lacalle Herrera? $ 43 la hora. Eso y decirle al técnico: “Andate” es lo mismo, porque los técnicos por $ 43 la hora no van a trabajar. El boleto en Colonia, ida y vuelta, está a $ 42.

Podríamos seguir. Por ejemplo, el hospital nuevo no va a tener tomógrafo. Casi todas las tomografías coordinadas se hacen en el Pereira Rossell, donde afortunadamente nunca dicen que no, pero la tomografía de urgencia -por ejemplo, a un accidentado- va enfrente. El hospital de Colonia tenía un aparato donado por el arzobispado, pero hace más de diez años que desapareció y está enfrente. Entonces, en cuatro meses se gastaron $ 4.000.000 en tomografías. ¿Por qué? Porque por cada región -cabeza, cuello, columna, tórax, abdomen- se cobran $ 10.000, más un 30% por la urgencia. En la propia Dirección nos dijeron -luego de sacar cuentas- que en seis meses podríamos comprar un tomógrafo nosotros y tener los técnicos que pueden manejarlos. Y no nos vengan con el cuentito, como hizo el doctor Mota, de: “¿Para qué quieren un tomógrafo si después no van a tener un médico imagenólogo que lea las tomografías y dé los informes?”. Hace dos décadas, capaz que tres, que haciendo clic se envía la imagen adonde esté el imagenólogo, quien puede hacer el informe y enviarlo de nuevo. Así se hace en todo el mundo y acá también, pero se lo tienen bien calladito.

Por otro lado están los gastos del CTI. Como ustedes saben, estamos en una región de ASSE integrada por siete departamentos: Paysandú, Río Negro, Soriano, Colonia, Florida, Flores y San José. Solamente en dos de ellos -Paysandú y Florida- hay CTI público.

Nos preguntamos hasta cuándo nos van a seguir tomando el pelo, porque ya no se trata de que nos estén mintiendo; nos están tomando el pelo. Esta es la tercera vez que venimos. Una de ellas fue cuando estábamos luchando para que se hiciera el hospital. Muchos de sus colegas fueron a ver cómo estaba el hospital de ciento siete años. Cuando salieron les preguntamos si les habíamos mentido, a lo que nos respondieron: “No; se quedaron cortos”. Pero el problema grueso es el relativo al terreno.

SEÑORA CABRERA (Graciela).- Esto es lo más complicado y preocupante.

Lamentablemente, el terreno fue expropiado a la familia Porras durante la administración de la Intendencia anterior. Se trata de un predio de 6 hectáreas al costado del arroyo La Caballada. Dicha familia es dueña de cuatro predios. El del hospital tiene un número primario -padrón Nº 10.490-, pero las 6 hectáreas refieren al total; no van a ser todas ocupadas por el hospital. Al día de hoy, el terreno está fraccionado. El que pertenece al hospital es el más grande, y en los demás, que son unas 3 hectáreas, hay viviendas de realojo.

Este terreno que está en litigio entre la Intendencia de Colonia y la familia Porras, todavía no tiene número de padrón; no tiene acuerdo en la justicia. O sea que no hay ninguna propiedad de ASSE por este terreno. Simplemente fue una cesión que hizo el intendente de ese momento, que expropió el terreno sin siquiera avisarle a la familia Porras.

En 2012, dicha familia fue a pagar la contribución porque se entera de la expropiación, y paga como terreno suburbano los cuatros predios que están alrededor de la Ruta Nº 1, de González Moreno, que ahora es Luis Batlle y Ordóñez y del arroyo La Caballada. Todos esos predios son suyos; la Ruta Nº 1 corta uno de los predios y de un lado es urbano y del otro, suburbano: el ordenamiento territorial es lamentable. El hospital está construido en un predio que no tiene número de padrón. La familia hizo un juicio.

Cuando se llamó a licitación para construir el hospital, se presentaron cinco empresas, entre ellas IBT, que pertenece a Panamá, empresa madre de varias obras sanitarias de países de centroamérica. La Unops -oficina que en el año 1974 pertenecía a la ONU, pero desde 1995 ya no le pertenece más, aunque nos siguen diciendo que sí- iba a ejecutar el proyecto de la empresa que ganara la licitación.

La Unops e IBT tienen oficinas en Montevideo en el edificio del Mercosur. Están seriamente cuestionadas en centroamérica por dejar obras por la mitad, habiéndoseles entregado el total, mucho dinero. En Paraguay, para que la Unops construyera varios hospitales se le dio dinero, del cual el 6% sería para dirigir los proyectos. Ellos contratan empresas. ¿Cuál será el porcentaje que le dio nuestro Estado a la Unops para que pusiera a IBT en la construcción del hospital? Nosotros sabemos que antes de remover tierra en ese terreno ASSE ya había entregado US$ 2.000.000 a la Unops; eso está escrito. Se firmó el tratado en la Torre Ejecutiva, en la época en que a ASSE la dirigía Beatriz Silva y la ministra de Salud Pública era Susana Muñiz. Nosotros estuvimos presentes, yo creo que como conejillos de indias; no sabíamos el trasfondo de todo esto.

La Unops sigue dirigiendo la obra del hospital, y la empresa IBT subcontrata a Stiler, empresa que también se había presentado a la licitación. El Tocaf establece que cuando hay una licitación se deben abrir todos los sobres. Sin embargo, abrieron solamente el de IBT, que era el que ofrecía menor costo, pero no está detallado cómo dividían el dinero para la obra, que era de alrededor US$ 20.000.000. La obra del hospital estaba tasada en US$ 24.000.000, incluidos gastos de muebles y todo lo que llevaría adentro. Eligieron la oferta más barata, pero sin tener un resumen de la licitación. Eso lo permitió ASSE y el Ministerio, porque ASSE no está solo. El gobierno tiene un Sistema Nacional Integrado de Salud que tendría que estar al tanto de todas estas cosas que están pasando.

Por supuesto, la familia Porras está muy enojada, porque tenían un hermoso predio de 6 hectáreas sobre la avenida Batlle y Ordóñez que tenía todo, saneamiento, luz, agua, y por muchos años pagaron la contribución como terreno suburbano. Anteriormente en esos terrenos estaba el llamado polvorín del Ejército, había pajonales y una bomba de agua de OSE que también muere al norte de donde está edificado el hospital. Hay varias cosas que ellos presentan como contras para que allí esté instalado un hospital. Una de ellas es que el agua que corre desde el norte viene en bajada por González Moreno. Si bien es un lugar estratégico -porque se entra por González Moreno o por Batlle y Ordóñez y porque el hospital está muy cerquita de la Ruta Nº 1; se puede ver desde allí-, está muy mal ubicado con respecto al terreno.

El polvorín hizo explotar distintas partes de ese lugar. Allí se hacían las maniobras del ejército. De ninguna manera allí puede haber subsistido fauna o flora autóctona. Sin embargo, hace la Intendencia le cambia la categoría: de terreno suburbano pasa a ser terreno rural natural. Como ustedes saben, de acuerdo con la cantidad de hectáreas que se poseen, la contribución tiene una bonificación del 50%. En el caso del hospital, el terreno baja de precio. Ellos no quieren eso. Quieren que vuelva a ser suburbano, como realmente tiene que ser. Pero la Intendencia aduce que hay que preservar la flora y la fauna -que difícilmente exista- y los humedales, que tampoco son naturales; no son como los bañados de Rocha, sino simplemente es agua que se encajona entre la Ruta Nº 1 y González Moreno, además de la planta de bombeo de OSE. No cumple con el FOS y el FOT; el terreno no tiene la altura. Todo esto lo investiga la familia Porras. Hay un expediente que llegó a la Junta que mandaron hacer al Instituto de Hidrogeología de la Dinamige en Montevideo. Se trata de un estudio del terreno que les permite defenderse en cuanto a que el hospital no podía estar ubicado ahí, de que no podían bajarle el precio.

El Intendente de ese momento depositó $ 3.600.000 en el juzgado por el precio de las 6 hectáreas. Le pregunté a la escribana por qué no hicieron la transacción en dólares. Dijo que las cifras no se pueden fijar en

dólares en este tipo de litigios. La familia Porras lo hizo tasar y pide US$ 1.400.000. Hay depositados US$ 150.000; quiere decir que falta bastante.

Ellos se defienden diciendo que no es un lugar rural natural, por todas las cosas mencionadas. Además, porque la capa del terreno es arcillosa, no es permeable, por lo que es inundable. Cuando llueve mucho, la punta del hospital, la que da hacia el norte, queda inundada. Dicen los que saben de construcción que con un buen muro se puede parar el agua; no sé. El agua que corre ahí es mucha y se encajona, y la planta de bombeo de OSE no se ha sacado. Lo único que se sacó fue una torre de alta tensión de UTE porque, si no, no podían construir. El subsuelo, de 20 metros de espesor, y el piso es prácticamente impermeable. Todo eso está estudiado por esta institución. Por lo pronto, no hay drenaje y el arroyo La Caballada se desborda y falta limpieza en su boca. Muere en el Río de la Plata y el agua vuelve. Ahí también ha habido grandes inundaciones. Entonces, estamos en un grave problema, porque el actual intendente dijo claramente que si perdía el juicio, no tenía plata para pagar, que se la iba a pedir a ASSE. Pero ASSE no se hace cargo de esto, porque le hemos dicho hasta el cansancio que están haciendo castillos en el aire, porque si un terreno no tiene número de padrón tampoco tiene propiedad; no tiene una escritura. Entonces, hoy o mañana puede ser un hotel o que el edificio lo compre la salud privada. Sería excelente tener un hospital nuevo en ese lugar y quedarnos con el hospital de ciento siete años y seguir drenando...-. En vez de drenar el agua, drenamos plata para la salud privada.

Lamentablemente, nos pasan estas cosas. La Junta nos escuchó; el Intendente nos escuchó; ustedes también. El doctor Gallo se fue, pero en la oportunidad en que entregamos la carpeta estaba acá.

En cuanto a lo de la ilegalidad, cuando hace poco tiempo vino la gente de Artigas a plantear su inquietud por un CTI, un tomógrafo y demás en su departamento, se les dijo que en cierta forma eran ilegales, porque no habían sido elegidos por nadie. A nosotros nos respaldan las firmas y el trabajo. Además, creo que tenemos que bregar por que el representante de los usuarios en ASSE sea elegido por todos los usuarios, ya que tampoco es elegido de esa manera. Entonces, empecemos por poner las cosas en su lugar.

Por otra parte, ¡por favor!, Catastro se tiene que hacer cargo de regularizar la tasación del terreno; de lo contrario, no sabemos qué va a pasar. Van a inaugurar y ¿después qué? ¿Se meten los Porras? ¿Qué hacemos? Además, las viviendas de realojo que están ahí se inundan todas.

SEÑORA CONTI (Amelia).- Quiero recordarles que hay defectos de construcción, que no son invento nuestro. Resulta que cuando nosotros empezamos a denunciar, más de cuatro colonienses nos dijeron: "Ay, noticia atrasada; ya lo sabemos". Hay rajaduras en las paredes -rajaduras; no grietas-, humedad alrededor de las ventanas, pisos, que ya se han hecho dos y tres veces; se utilizan ladrillos importados, cerámica importada -Metzen y Sena está por cerrar ¿no?-, grifería importada y una cantidad de terminaciones fueron hechas por empresas tercerizadas. O sea, el Estado, la Unops, Stiler, las tercerizadas; no sé a quién más le van a regalar plata.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos sus exposiciones. Como coloniense, me consta que fueron muy claras y supieron desarrollar muy bien el tema.

Damos paso a una ronda de preguntas por parte de los integrantes de la Comisión, a quienes solicito sean concisos.

La delegación ha entregado un material que Secretaría se encargará de fotocopiar y distribuir a cada uno de los miembros de la Comisión.

SEÑOR LEMA (Martín).- Realmente, da gusto ver que un colega se dedique tanto a su departamento, con tanta vocación e insistencia. En ese sentido, hago un reconocimiento a la diputada Nibia Reisch, quien siempre manifiesta su profunda preocupación por los problemas de su departamento, en particular, los vinculados a la salud, lo cual queda reflejado no solo en las versiones taquigráficas sino también en las conversaciones que mantenemos en los pasillos. Me parece justo hacer este reconocimiento porque así lo siento.

En cuanto a algunos de los aspectos más locales o departamentales que se han planteado, por ese respeto del que hablaba por el trabajo de la diputada Reisch, obviamente, estoy a total disposición; una vez finalizada esta reunión, me pondré a disposición de la diputada para ver qué podemos aportar. Asimismo, me pondré en contacto con compañeros de mi partido político que pertenecen al departamento, con la finalidad de contar con alguna otra visión complementaria, con el ánimo de aportar.

De todas maneras, no quiero dejar pasar algunas cosas, porque en esto también está nuestro prestigio profesional o nuestra rendición de cuentas a la gente que nos vota, o no, porque en definitiva terminamos representando a todos por igual. En las exposiciones de los integrantes de la delegación se mencionó que no había respuestas o que eran pocas, sobre todo institucionales. Al respecto, debo compartir que muchas veces ni siquiera nosotros recibimos algunas respuestas cuando planteamos interrogantes.

No me voy a referir tanto a los aspectos departamentales porque prefiero tener esas conversaciones de las que hablaba anteriormente. Respetamos la exposición y damos fe de ella, pero entendemos que debemos hacer apreciaciones en forma responsable. De todas maneras, muchas de esas apreciaciones obedecen a una realidad nacional. Nosotros hemos planteado algunas interrogantes al Directorio de ASSE y al Ministerio de Salud Pública que no han sabido responder.

Ustedes hablaban del CTI. Nosotros estuvimos considerando la evolución de los CTI en los últimos años, a partir de la reforma, en el año 2008. No nos han sabido explicar por qué se dan algunos datos. Creo que es legítimo que la gente reclame para su departamento la existencia de un CTI público. ¿Ese reclamo implica que nosotros, por inercia, digamos que estamos de acuerdo? No, porque sería irresponsable, pero sí tenemos que estar a total disposición para estudiar y para conocer cuáles son los argumentos que acreditan los diferentes interesados.

Para que tengan una referencia, en el año 2008, por concepto de contratación de camas de CTI, se invirtieron US$ 7.500.000. A partir de que se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud y teniendo en cuenta que las autoridades de ASSE dicen que hay muchas más camas que antes, se supone que estos montos deberían entrar en una meseta, no incrementarse en forma profunda. Sin embargo, vemos que no es así. En el año 2014 se pagó US$ 21.500.000 y en 2015 US$ 19.500.000. Entonces, la tendencia es prácticamente a triplicar este gasto en el correr del desarrollo de la reforma.

Cuando cuestionamos a ASSE en términos generales, no estamos haciendo un cuestionamiento inquisitorio. Todo lo contrario; queremos conocer la respuesta. A su vez, cuando se apela a una respuesta, esta no condice con otros datos que el Gobierno brinda. ¿Por qué decimos esto? Porque una de las cuestiones sobre las que se ha hablado en los últimos tiempos es el incremento del número de accidentes de tránsito. Sin embargo, los informes de Unasev hablan de una cierta estabilidad y hasta de una disminución de los accidentes de tránsito. Por lo tanto, esa justificación que da ASSE -que no cuestionamos ni avalamos- es distinta a lo que establece otro organismo del Gobierno.

Lo mismo sucede con los traslados. En el año 2008 se invirtieron US$ 1.200.000 y, en 2015, US$ 11.700.000.

(Diálogos)

——Estoy hablando de cifras en dólares.

SEÑORA CONTI (Amelia).- Yo hablo de un departamento.

SEÑOR LEMA (Martín).- En general, las cifras que maneja el SIIF están en pesos.

Según el SIIF, en el año 2008, por concepto de contratación de camas de CTI por parte del Centro Departamental de Colonia se pagó $ 1.953.594 y, en 2015, $ 9.124.044. Cuando hablamos en general, hacemos la conversión a dólares. Si no, habría que tener en cuenta otros parámetros, como la inflación y demás. Aún así, tomando en cuenta eso, en muchas contrataciones de ASSE no nos cierra el gran incremento de los montos correspondientes a tercerizaciones. No voy a polemizar porque no voy a desmentir ninguno de los datos que puedan proporcionar. Simplemente digo que, en lo personal, me baso en datos objetivos, para que nadie pueda decir que estamos haciendo algo en paralelo; es la información que maneja el Gobierno. La

información que mencioné anteriormente en cuanto al gasto de US$ 7.500.000 en contratación de camas de CTI en el año 2008, que ascendió a US$ 19.500.000 en 2015, fue extraída del SIIF. De allí también surgen los datos que indican que se invirtieron US$ 1.200.000 en traslados en 2008 y US$ 11.700.000 en 2015.

Si se considera que, en realidad, la cifra es mayor, tomando en cuenta lo que se gasta en un solo centro, en lo personal, estoy a total disposición para recibir esa información, hacer el comparativo y, en caso de que sea necesario, solicitar una aclaración a las autoridades correspondientes.

Por último, uno de los puntos que mencionaron y que yo comparto es el relativo al Ministerio de Salud Pública. Muchas veces digo -con mucho respeto- que el Ministerio de Salud Pública se ha convertido en un testigo de lujo del sistema, porque si bien ASSE tiene autonomía, el Ministerio siempre es el rector y la policía sanitaria; debe fiscalizar, custodiar y controlar todo tipo de gestión, no solamente la asistencial, sino también la de administración de recursos, porque así lo establece la ley orgánica y así debe proceder.

Como se decía, en forma legítima, que muchas veces no hay respuesta, no quería dejar de decir que nosotros estamos planteando a las autoridades muchas de las interrogantes que la delegación ha señalado. Los integrantes de la delegación plantean las interrogantes con respecto a una realidad departamental; está bien que lo hagan, es legítimo. Nosotros hemos formulado las mismas interrogantes pero en términos generales y, lamentablemente, las respuestas de las autoridades no han sido las esperadas. Solo quería dejar esa constancia.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos que hayan venido hasta acá -sabemos que tuvieron que hacer muchos kilómetros- y que sigan defendiendo la salud de los colonienses, como lo han hecho hasta ahora. Este es un grupo que realmente deja el alma en la cancha, que está defendiendo la salud no solo de los residentes de Colonia del Sacramento -a pesar de que son todos de esa ciudad-, sino de todo el departamento, y luchando por el CTI regional, que permitiría brindar un servicio mucho más cercano a mucha gente, sobre todo de los departamentos limítrofes.

SEÑOR BRZOZOWSKI (José).- Simplemente quiero aclarar que la Asociación no está integrada solo por nosotros cuatro, sino que somos un equipo de fútbol: somos once integrantes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Reiteramos el agradecimiento por su presencia en esta Comisión.

Quiero aclarar que si bien nosotros no tenemos la capacidad de resolver el tema, esta Comisión tomó nota de cada una de sus palabras y hará el contacto con las autoridades pertinentes para manifestar su preocupación y apoyarlos en su reclamo. Asimismo, enviaremos la versión taquigráfica de esta reunión a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de ASSE.

SEÑORA CABRERA (Graciela).- Ojalá les respondan el pedido de informes, porque eso daría respuesta también a nosotros. Cuando decimos que no hemos recibido respuesta nos referimos a que ni siquiera nos envían una nota que diga: "Recibido". No solo eso; además, cuando hablamos en el Consejo de Ministros, nos retan, nos mandan mensajitos de texto. Eso tampoco fue fácil.

SEÑORA CONTI (Amelia).- El doctor Mota se atrevió a decir que no gastáramos suela ni lapicera en juntar firmas porque el CTI no se iba a hacer. Ese es el concepto que tiene el "ministrito" de salud del departamento -como le llamamos nosotros- de lo que son la democracia, la participación social y la descentralización. Además de que los del interior somos los de afuera -acá todavía no se pusieron de acuerdo si somos de afuera o del interior; acá estamos en la República de Montevideo-, tenemos un "ministrito" que juega para Montevideo.

SEÑORA CETTI (Lucía).- Agradezco mucho a la señora presidenta por recibirnos. Veo que se puso la camiseta nuestra en el tema salud.

Quiero decir que tenemos la personería jurídica en proceso para ver si logramos que nuestro director de Salud Departamental nos reconozca como usuarios porque no somos nada para él.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos mucho vuestra presencia.

(Se retira de Sala la Asociación Departamental de Usuarios de ASSE de Colonia)

——Dado que hay Asamblea General a la hora 13 y 30 propongo un intermedio para luego retomar la sesión recibiendo a la próxima delegación.

(Apoyados)

——Se pasa a intermedio

(Es la hora 13 y 18)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 14 y 11)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas).

——La Comisión de Salud Pública tiene el agrado de recibir a una delegación de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas integrada por su presidenta, licenciada nutricionista María Rosa Curutchet; por su secretaria, licenciada nutricionista Victoria Miqueiro; por la directora de la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República, licenciada en nutrición Myriam De León; por la licenciada en nutrición Gabriella Pravia de Audyn, y por los licenciados en nutrición del Sindicato Uruguayo de Nutrición, Pablo Yglesias y Guillermo Zeballos.

Antes de comenzar corresponde pedirles disculpas por no cumplir con el horario pactado. Lo que ocurrió fue que surgió una citación de la Asamblea General a la que tuvimos que asistir. Nos pareció pertinente recibirlos un poco más tarde y no tener que cortar la reunión por la mitad, a fin de que se pudieran expresar libremente.

Nosotros tenemos en carpeta dos proyectos. Ante vuestras manifestaciones de aunar criterios, nos pareció pertinente escuchar qué es lo que consideran mejor para la profesión.

SEÑORA DE LEÓN (Myriam).- Muchísimas gracias por permitirnos este encuentro.

La proyección de una Escuela de Nutrición comienza allá por 1945, cuando se empiezan a generar algunos cursos que se focalizaban más que nada en la aplicación de la dietoterapia, o sea, el abordaje de lo que habitualmente se conoce como el trabajo directo con el paciente enfermo.

En 1956 se crea la Escuela de Nutrición, dependiente de la Facultad de Medicina, con la carrera de dietista, con una duración de dos años. La primera institución que comenzó a aceptar esta profesión fue el hospital universitario y, posteriormente, lo que era el Casmu. Luego, el rol del dietista comenzó a ser parte de los distintos servicios asistenciales de nuestro país.

Posteriormente, a través de un proceso de diseño y de fortalecimiento a nivel regional y mundial, se vio que la función de los dietistas no se limitaba solamente a la parte asistencial sino que cubría otros aspectos que hacían referencia a la nutrición, y no solo del paciente hospitalizado.

En 1973 se diseña un nuevo plan, con un formato de cuatro años, lo que le da una estructura mucho más consolidada, con un desarrollo en distintas áreas, no sólo en la clínica, sino también a nivel poblacional, de tecnología de alimentos y de políticas nutricionales. A partir de allí se transformó en la carrera de nutricionista dietista.

Siguieron los avances tecnológicos, el desarrollo de las responsabilidades y el nutricionista cobró importancia en distintos roles, como en la toma de decisiones, no solo a nivel de campo sino en otras funciones.

En 1998, con el nuevo plan, la Escuela de Nutrición pasa a otorgar el título de licenciado en nutrición, en el cual se incluye también la investigación, la extensión y todo el trabajo, no solo el asistencial sino el que se desarrolla a nivel de políticas públicas, con un énfasis mayor en la tecnología alimentaria.

En 2006 aparece en nuestro país una segunda escuela de origen privado. De manera que hoy por hoy coexisten la Escuela de Nutrición de la Udelar y la Escuela de Nutrición perteneciente a la Universidad Católica.

Hasta hace muy poquito la Escuela de Nutrición dependía de la Facultad de Medicina, pero a partir de 2012 se logró la independencia de gestión, pasando a ser dependiente directamente de oficinas centrales, es decir, del CDC. Esto implicó un avance: ya no necesitamos depender desde el punto de vista de la gestión y del desarrollo académico de la Facultad de Medicina sino que tenemos un desarrollo propio en el cual nos encontramos insertos. Hoy por hoy estamos trabajando en un nuevo plan de estudio y también en la inserción desde el punto de vista de la investigación en distintas áreas que consolidan al desarrollo de esta profesión.

De esta manera queda presentada esta profesión y su historia.

SEÑOR YGLESIAS (Pablo).- Hace años que venimos trabajando, porque es necesario contar con una reglamentación y lo hemos hecho con mayor énfasis a partir de 2012 ya que se recibieron los aportes del colectivo de nutrición. En ese sentido, se realizó una propuesta que figura en la carpeta Nº 2478 de 2013, y se continuó trabajando en el proyecto que presentamos hoy y que entendemos que es necesario que tenga tratamiento parlamentario.

Se trata de un proyecto que fue acordado con las distintas organizaciones de nutrición y las instituciones académicas, en particular con la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República, que aúna la necesidad de avanzar en este asunto a nivel nacional. Ambas organizaciones se enfrentan continuamente con distintas personas que abordan el tema alimentario y nutricional sin tener mucho conocimiento al respecto, y participan en algunos lugares de jerarquía sin tener el conocimiento apropiado. En ese sentido, estamos continuamente tratando de mitigar el daño que se genera, no solamente por el marketing engañoso, sino por otras cuestiones en las que nos gustaría trabajar en el futuro.

En particular, nos parece necesario avanzar en este proyecto de ley que fue consensuado por todas las organizaciones involucradas.

SEÑORA CURUTCHET (María Rosa).- Es un honor estar en esta Casa y sentimos una gran alegría por estar presentando este proyecto en el que hace tiempo que estamos trabajando junto con los colegas. La iniciativa fue muy discutida y la participación ha sido sumamente amplia.

Como profesionales, hoy estamos enfrentados al desafío de poder enmarcar y definir cuáles son las áreas de ejercicio del nutricionista, que se han ido desarrollando en los últimos años. La profesión ha ido cambiando y evolucionando, y hoy es una profesión universitaria que implica cinco años de carrera. Esto nos coloca ante nuevos desafíos, porque vemos la necesidad de regular el ejercicio del profesional en defensa de la salud de las personas, asegurando que la atención nutricional que se brinda sea de calidad. En este mundo moderno estamos cada vez más expuestos, sobre todo en los últimos tiempos, a situaciones de personas que hacen un curso, como por ejemplo el de coaching nutricional, y hay gente sin formación universitaria que hace planes de alimentación para personas sanas y enfermas. Por lo tanto, esto ha empezado a ser un riesgo para la salud de las personas y nos parece necesario regular el ejercicio de la profesión.

En los últimos quince años los uruguayos hemos tenido un cambio dramático en la forma de alimentarnos y en nuestro sistema alimentario. Actualmente, el nutricionista es un profesional que puede trabajar tanto en el ámbito individual, que es el más conocido, como a nivel de política pública, nutrición deportiva, marketing e industria. O sea que tenemos diversos espacios, porque nos enfrentamos a una problemática seria. Uruguay en los últimos años ha ampliado muchísimo el consumo de productos industrializados. Desde 2000 a 2013 se aumentó un 146% el consumo de alimentos ultraprocesados, lo que implica un impacto muy nocivo en la salud de las personas. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud Pública en relación a las encuestas nacionales de factores de riesgo, desde el año 2006 al año 2013 se incrementó la obesidad en adultos en ocho puntos porcentuales, y estamos muy cerca de los países con más obesos del mundo como es el caso de Estados Unidos. Esto muestra la necesidad de políticas públicas en ese sentido y el rol valioso que tiene el nutricionista para contribuir a abordar estos problemas

Otra cifra dura de los últimos años en Uruguay indica que desde 2006 a 2013 la prevalencia de hipertensión aumentó ocho puntos porcentuales. Esto no es producto de la casualidad, sino que tiene que ver con los

hábitos de nuestra población.

Por lo tanto, entendemos que somos profesionales que tenemos un aporte muy valioso para hacer y que es necesario enmarcar el ejercicio de la profesión para dar más seriedad al trabajo. Asimismo, apuntamos a colegiar nuestra profesión en un futuro no muy lejano. ¿Por qué? Porque si bien hoy tenemos que definir las áreas de gestión del profesional, en el día de mañana tendremos que tener mecanismos de exigibilidad en cuanto a que el profesional se mantenga actualizado y que sea un paso más para contribuir a la calidad de la atención nutricional a nuestra población, ya sea a nivel individual como en poblaciones específicas.

SEÑOR ZEBALLOS (Guillermo).- Acompaño las palabras de mis colegas.

La propuesta que estamos analizando tiene que ver con indicadores de calidad que nosotros planteamos para brindar atención alimentaria y nutricional de calidad a nuestra población.

Actualmente, el licenciado en nutrición está ausente de muchos espacios. Si bien nosotros estamos convencidos de que el sistema de salud debe ser preventivo y no asistencial, lo que sucede es que no estamos incluidos quienes deberíamos estar cumpliendo un rol preventivo. Por ejemplo, no se ha manejado incorporar licenciados en nutrición en el equipo de salud de atención primaria, como se ha hecho con otras profesiones que son necesarias, y consideramos que el abordaje del tema de la alimentación y de la nutrición de nuestra población debería ser un elemento sine qua non para conformar un equipo de trabajo.

Nosotros estamos formados a partir de la interdisciplina, por lo que vemos a la persona en su integralidad y no la segmentamos. Por eso consideramos de gran importancia trabajar en equipo para atender los problemas que tiene nuestra población.

Por otro lado, manejamos algunos indicadores de calidad que tienen que ver con la relación entre los usuarios y los nutricionistas. En la actualidad, vemos con profunda preocupación que en algunos lugares hay entre doscientos y doscientos cincuenta personas internadas para un solo nutricionista. Eso conlleva a que la calidad de la atención sea muy mala, que el paciente se vaya sin ningún tipo de información cuando se le da el alta y, además, se vaya con un concepto social erróneo de nuestro rol. En nuestra formación de cinco años, como dijo la directora de la Escuela de Nutrición, manejamos aspectos que tienen que ver con lo clínico, lo social, etcétera para poder hacer un diagnóstico y un tratamiento a la hora de manejar un paciente. Muchas veces vemos con desesperación cómo se nos van de las manos los pacientes; no tenemos manera de abordarlos porque tenemos que priorizar al que está más grave para poder darle, en el poco espacio que tenemos, una atención nutricional que esté a la altura de lo que requiere un paciente de estas características.

Por eso, hemos establecido algunos parámetros en forma consensuada, que hemos tomado de otros espacios y de reglamentaciones de países cercanos. En el año 1974 la Organización Mundial de la Salud planteó que para los casos de internación la relación debía ser de un nutricionista cada cincuenta pacientes de baja complejidad. Convengamos que desde ese momento hasta ahora la profesión y las responsabilidades evolucionaron muchísimo, ya que era otro el rol que tenía el nutricionista en esa época. Además, en aquel momento el régimen laboral era de ocho horas. Por ejemplo, nosotros proponemos un máximo de treinta y cinco pacientes por nutricionista en el caso de que sean pacientes de baja complejidad, y que en la medida en que vaya aumentando la complejidad, vaya disminuyendo el número de pacientes, como en el caso de los que están en el CTI.

En el caso de la atención primaria en salud que se da en las policlínicas, como sindicato vemos con profunda preocupación que en algunas instituciones privadas se exige a los colegas atender a un paciente en un máximo de doce minutos. En el caso de un paciente de cuarenta y cinco o cincuenta años de edad, que debuta con una diabetes, que seguramente tiene hábitos arraigados ¿cómo podemos, en doce minutos, hacer un diagnóstico, una estrategia de tratamiento, lograr empatía y un buen vínculo con el paciente? Es imposible.

Lo que nos preocupa, como profesionales éticos y responsables de nuestros pacientes, es que estamos haciendo como que atendemos al paciente -en definitiva, es eso-; muchas veces terminamos repartiendo volantes de dietas, que la propia institución nos exige tener, porque es la única manera que tenemos para que el paciente diabético o hipertenso se vaya con algo escrito, por lo menos para que lo vea en la casa y para que la familia -que debería ser parte del equipo de salud- pueda apoyarlo.

Para nosotros es una prioridad que estas condiciones de trabajo para los colegas sean respetadas. Hoy por hoy, también vemos con preocupación que, si bien las políticas públicas han apostado a la prevención, por lo menos en el discurso, en la práctica hay una distancia importante. Según números que tenemos -no están actualizados, pero no tienen más de dos años-, en ASSE, en la atención primaria en salud, tenemos unos treinta y ocho colegas trabajando, de los cuales veinte se reparten en los diecinueve departamentos; en algunos hay dos, en otros no existen. Esto es un indicador de la prioridad y de la importancia política que se le ha dado a la nutrición.

No es que no se gaste dinero; en realidad, se termina gastando igual porque el paciente que no tiene una buena atención nutricional se va con una bolsa llena de fármacos, muchos de los cuales son dañinos, son hepatotóxicos. Por ejemplo, en el caso de un paciente con elevado índice de colesterol, podríamos manejar un protocolo de cuarenta días en base a un tratamiento nutricional adecuado y luego volver a hacer una nueva paraclínica para ver cuáles son los resultados en el caso de que haya seguido los lineamientos que nosotros manejamos. Pero para que este paciente pueda comprender estos lineamientos no podemos establecer un vínculo en doce minutos. Por eso planteamos que la entrevista diagnóstica sea de sesenta minutos y que los controles sean de treinta minutos. Esto no quiere decir que cada vez que veamos a un paciente vayamos a utilizar sesenta minutos; seguramente, en algunos casos vamos a utilizar menos tiempo, y en otros, vamos a utilizar un poco más. En el vínculo profesional- paciente se juegan muchas cosas, no solamente lo estricto de la salud: por ejemplo, aspectos que tienen que ver con las personas con las que vive, con quién cocina en la casa, con los integrantes de la familia, con las posibilidades económicas. A un paciente con una problemática cardíaca, uruguayo medio sin muchos recursos, no le vamos a plantear que consuma salmón; seguramente busquemos otras alternativas en función de su disponibilidad, su religión, etcétera. En nuestro rol también tenemos que desmitificar muchas cosas porque hay ciertas campañas publicitarias que generan conocimientos erróneos de alimentación y de nutrición.

La consulta es un espacio de intercambio bidireccional en el que se requiere tiempo para poder trabajar con el paciente si es que queremos que haya un cambio.

El hecho de que haya treinta y ocho colegas trabajando en atención primaria en salud muchas veces conlleva un estrés laboral; si hay problemáticas graves, no las podemos resolver por estar acotados en el tiempo. Esto también sucede por las condiciones laborales en las que estamos inmersos.

Recién se hacía referencia a que hay otras personas -otros compañeros del equipo de salud- que ocupan el rol del nutricionista sin conocimiento en la materia, pero no porque quieran ocupar nuestro espacio, sino porque estamos ausentes. Por ejemplo, hay ginecólogos que hablan de nutrición a sus pacientes porque no está el nutricionista, y la hora del ginecólogo es mucho más cara que la hora del nutricionista. Nuestro laudo es de poco más de $ 100 la hora. Esto también conlleva estrés laboral porque hay una contrapartida entre lo que se desearía, lo que se puede y lo que se cobra, que muchas veces queda de lado

La regulación de nuestra profesión ayudaría a posicionarla en el lugar donde debería estar y que se merece para mejorar las condiciones alimentarias y nutricionales de nuestra población.

SEÑOR YGLESIAS (Pablo).- Este proyecto contempla las nuevas realidades de la sociedad de consumo y las políticas públicas para promover la prevención dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hicimos un conjunto de propuestas en función de los ejemplos que recién se manifestaban; podríamos estar horas planteándolos porque, como organizaciones sociales, día a día vemos realidades que nos golpean y, en parte, repercuten en la problemática de la salud de nuestra sociedad.

Entendemos que a través de esta reglamentación vamos a mitigar las enfermedades crónicas no trasmisibles que algunos autores consideran socialmente trasmisibles.

SEÑORA DE LEÓN (Myriam).- Todos estos indicadores de calidad se basan en estudios internacionales evidenciados. Por ejemplo, así como hablamos de la desnutrición a nivel de la población, también existe a nivel hospitalario; desde 1930 -el siglo pasado- se maneja en porcentajes entre 30% y 50%. Si vamos a las cifras de obesidad, en nuestros hospitales tenemos la mitad de los

pacientes desnutridos y la otra mitad, obesos. Creo que esto evidencia la necesidad de un soporte nutricional a conciencia.

El tiempo de dedicación de cada técnico en el área está documentado desde esa mirada. También estudios que se han hecho a nivel de otros países y con un fundamento científico avalado nos dan la autoridad para decir que con esa relación de nutricionistas en algunos lugares de ASSE, no solo en asistencia de primer nivel sino a nivel hospitalario, estaríamos mitigando una problemática que hoy se percibe a nivel público.

Quiero aclarar que a nivel hospitalario, un licenciado en nutrición apunta no solamente a lo asistencial en forma directa sino que existen otros roles que, a veces, se desdibujan.

SEÑORA MIQUEIRO (Victoria).- Quiero ampliar la visión que se tiene del rol que ejercemos los nutricionistas.

La universidad no solamente nos prepara para tener un rol en la atención clínica de los pacientes, sino que en los cinco años de academia también nos formamos para ejercer en otras áreas bien importantes de la nutrición.

Con respecto a la actuación en nutrición clínica, lo que hacemos es desarrollar y dirigir la asistencia nutricional de los pacientes mientras están hospitalizados; tenemos el conocimiento y la potestad de poder indicarles suplementos nutricionales. En muchos casos tenemos la suerte de integrar equipos multidisciplinarios de soporte nutricional a los pacientes y también brindamos educación alimentario-nutricional. Esas son algunas de las actuaciones que tenemos en nutrición clínica, pero también estamos formados para dirigir servicios donde se brinda alimentación a colectivos de varios servicios de preparación de comidas. Un hospital promedio cuenta con un licenciado en nutrición en producción y sirve más de doscientas comidas, o sea que está capacitado no solamente para administrar los alimentos, sino también recursos humanos y materiales.

En nutrición poblacional, muchos colegas están trabajando en diseñar, gestionar y evaluar políticas, planes y programas alimentario- nutricionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades en observatorios de nutrición.

También nos desempeñamos en la industria alimentaria, en lugares donde se elaboran alimentos. Estamos capacitados para asesorar en el proceso de rotulación de alimentos, aunque no en todos los lugares donde se rotulan alimentos existe un licenciado en nutrición que avale la actividad. De hecho, hay colegas que asesoran y brindan apoyo técnico a sectores de marketing de alimentos, otra de las disciplinas en las que actuamos junto con ingenieros en el diseño de alimentos.

El marketing nutricional y la nutrición deportiva son áreas que implican una recomendación nutricional; sin embargo, en ellas no existe un licenciado en nutrición. En nutrición deportiva, por lo general hay un médico deportólogo, pero no un nutricionista, que es quien tiene la potestad de hacer el seguimiento como debería ser, además de hacer educación nutricional y dirigir. Aquí presente está la directora de la Escuela de Nutrición, y hay personas que realizaron maestrías y posgrados en nutrición. No estamos solamente circunscriptos al área clínica, sino que nuestra capacidad la excede. Una de las misiones que teníamos era darles el marco de por qué queremos enmarcar esta reglamentación de la profesión.

SEÑORA CURUTCHET (María Rosa).- También nos interesa destacar que se trata de un profesional que está acostumbrado a trabajar en equipo. Concebimos que debe ser así.

Gran parte de la preocupación y la razón por la cual aspiramos a regular el ejercicio es que hay funciones que hoy cumple el nutricionista que son exclusivas de dicha profesión, y otras que compartimos con diferentes disciplinas. Por ejemplo, el nutricionista puede diseñar un alimento para una patología específica, en conjunto con un ingeniero en alimentos. No es una tarea exclusiva nuestra. Pero la tarea de realizar un plan de alimentación adaptado a una situación particular de un individuo, sea patológica o fisiológica, es exclusiva del nutricionista, porque posee los conocimientos sobre la composición química de los alimentos y las formas de preparación adecuadas. Desde ese punto de vista es que entendemos -eso figura también en el proyecto que estamos presentando- que hay funciones preceptivas exclusivas de la profesión que tienen que ser

explícitamente consideradas con el fin de proteger la salud de los ciudadanos, de apuntar a la experticia, a la calidad en la atención y avanzar en los grandes desafíos que tenemos hoy como sociedad, entendiendo la nutrición como una ciencia multidisciplinaria, en la que el profesional, licenciado en nutrición, tiene un aporte muy específico y necesario. Realmente estamos convencidos de que nuestra profesión es muy valiosa para contribuir al desarrollo social y económico de este país.

Además, estamos especializados en trabajar tanto en forma individual como con poblaciones, lo que tal vez sea la parte más descuidada hoy en día, y donde por suerte cada vez tenemos más espacio laboral. Viene en un proceso de desarrollo, pero somos necesarios en la construcción de políticas públicas que aborden esa seria problemática que Uruguay tiene vinculada a la alimentación y nutrición.

Hoy exponíamos algunos de los grandes números de Uruguay vinculados con la malnutrición por exceso. Myriam de León planteaba algunos problemas de malnutrición por déficit. Desde el punto de vista poblacional, Uruguay tiene desafíos importantes en la malnutrición por déficit. La prevalencia de anemia infantil es un problema serio; las cifras rondan el 30% en niños menores de dos años. Estos temas se abordan con medidas muy sencillas, como una buena incorporación de alimentos en las primeras etapas de la vida. Este tema trasciende los niveles socioeconómicos; se da en todos los estratos sociales. Básicamente tiene un componente de falta de educación o una inadecuada orientación a las madres en esa etapa tan importante de los primeros años.

El retraso de talla también lo tenemos concentrado en esos primeros dos años de vida. Sabemos que esos años son determinantes en el desarrollo de un individuo. Niños con retraso de talla y anemia en la primera etapa de vida son futuros adultos con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles como la diabetes, el sobrepeso y la obesidad. Entonces, el déficit y el exceso están estrechamente vinculados.

Estamos convencidos de que somos profesionales necesarios, tanto en el ámbito de la salud, donde somos más conocidos, como desde la salud pública, en distintos ámbitos laborales.

SEÑOR ZEBALLOS (Guillermo).- También nos preocupa que cuando se promueve el consumo de algún tipo de alimento el mensaje sea ético y haya una coherencia científica en lo que se plantea. Por ejemplo, se dice que algunas yerbas tienen vitamina C. No es así debido al proceso industrial que tiene la yerba.

La vitamina C es un indicador de calidad de cualquier alimento: cuanta más vitamina C tenga -no adicionada-, más frescura tendrá ese alimento. Muchas veces se adiciona porque en su calidad de ácida limita los microorganismos. La yerba tiene todo un proceso de secado, triturado, almacenamiento y demás que hace imposible que le quede algo de vitamina C. Pero cuando uno va a la góndola engañosamente se lleva la que dice tener vitamina C, suponiendo que es mejor que la otra que no lo dice; seguramente el industrial que no lo dice es más honesto.

Por lo tanto, también es importante que haya una mirada del licenciado en nutrición en lo que tiene que ver con el marketing nutricional, para que también desde la góndola podamos hacer educación alimentaria nutricional y que no se engañe al consumidor.

Con respecto a los servicios de alimentación, como puede ser un hospital o cualquier lugar donde se produzcan alimentos, es importante que quien esté a cargo del proceso asegure que las condiciones sean adecuadas y que el alimento sea manejado bajo normas de calidad.

Hoy por hoy, al no haber nada legislado, tenemos un lado oscuro, y es que en algunas instituciones, quienes están a cargo de la producción de alimentos nada tienen que ver con la profesión. Sin ir más lejos, hemos tenido en una institución de referencia en el medio a un psicólogo a cargo del departamento de alimentos; en otros casos, a un chef. Creo que un chef podría estar dentro de un equipo de trabajo, pero no a cargo de un servicio de alimentación, porque la formación no lo avala. Precisamente, como no hay nada legislado con respecto a eso, ponemos en riesgo a la población usuaria de ese servicio.

SEÑOR MIER (Edgardo).- Los felicito por la claridad de la exposición. A mí como médico con treinta y tres años de ejercicio me aclararon un montón de cosas.

Nos comprometemos a leer el proyecto que trajeron lo más rápidamente posible.

SEÑORA PRESIDENTA.- Este tema me toca muy de cerca. Comparto plenamente el planteo de que tenemos que regular la profesión.

Nos comprometemos a estudiar, analizar y debatir pormenorizadamente este proyecto. Sin duda, es un debe que tenemos con la profesión de licenciado en nutrición.

Trabajé hasta el 15 de marzo: presenté renuncia en ASSE el 15 de marzo a las diez de la mañana porque asumí como legisladora ese 15 de marzo a las dos de la tarde. De manera que hasta hace muy poquito viví en carne propia todo lo que ustedes expusieron en el día de hoy.

SEÑOR MIER (Edgardo).- ¿Tienen registrado cuántos licenciados en nutrición activos hay en el país?

SEÑORA CURUTCHET (María Rosa).- Alrededor de 2.200, considerando los colegas egresados de la Universidad Católica -que por ahora son poquitos porque la carrera empezó en 2006- y de la Universidad de la República.

SEÑORA DE LEÓN (Myriam).- Tenemos una matrícula de mil quinientos, que no es menor, y sigue en ascenso a nivel público y privado. Los formamos para que luego estén en el terreno con todas estas facultades que expusimos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias por su presencia. Quizás, del debate que se dé en esta Comisión surja alguna interrogante y los estemos convocando nuevamente, a fin de allanar el camino para avanzar.

Se levanta la reunión.